

Neuralgia do nervo Pudendo: diagnóstico subestimado?

Paulo César Trevisol-Bittencourt^{1,2,3,4}, Joana Afeche Pimenta¹, Alessandro Stormovski da Silva¹, Pedro José Tomaselli^{1,2,3}.

1 Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis/SC

2 Hospital Santa Teresa – São Pedro de Alcântara/SC

3 Fundação Catarinense de Neurologia

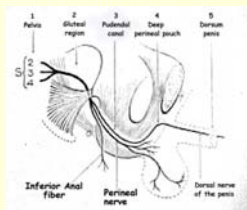
4 Professor de Neurologia UFSC

www.neurologia.ufsc.br

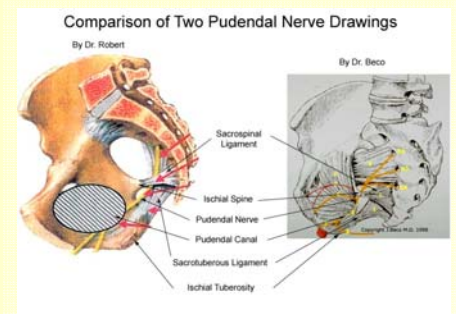
Introdução: O sedentarismo tem se tornado uma constante na vida moderna. Em consequência disso, sintomas outrora raros têm se tornado frequentes; dentre esses a síndrome por compressão do nervo pudendo. A neuralgia deste nervo é causada por dano mecânico ou inflamatório. Sua apresentação inicial pode ser dor em *queimação* sem causa identificável e as vezes precedida por parestesias tipo *dormência* ou *choques*, na região pélvica baixa, genital, reto e períneo. De modo característico, a dor aumenta gradualmente durante o dia e piora sensivelmente a noite; sentar, **torna-se insuportável** e igualmente o uso de roupas apertadas. Por essa razão, é freqüente seus sofredores referirem alívio quando deitados ou usando o assento sanitário. Não raro observa-se perda de sensibilidade nessas regiões. Nessa atmosfera desagradável, a sexualidade tende a desaparecer; homens irão sofrer de *disfunção erétil* e mulheres terão dor a estimulação do clitóris. Além disso, diversos outros sintomas, urinários e intestinais poderão estar associados. Esta condição pode mimetizar aqueles sintomas vistos na síndrome da cauda eqüina. Finalmente, cabe ressaltar que devido ao pouco conhecimento deste transtorno, as pessoas sofredoras são submetidas a exaustivas e dispendiosas investigações. Como o resultado destas é sempre normal o tenebroso e jurássico diagnóstico de **histeria** é habitualmente empregado, agregando ainda mais sofrimento.

O paciente permaneceu com esse quadro inalterado por dois anos; porém, desde há um ano notou sensível piora. Nesse momento a dor se agravou sendo referida em todo períneo, nádegas e região lombar baixa bilateralmente associada a parestesias em *sela*.

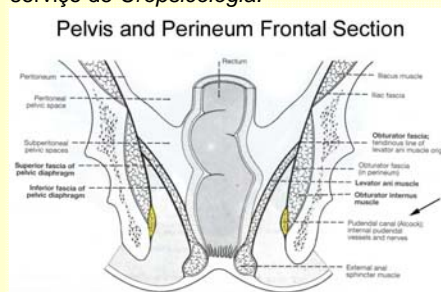
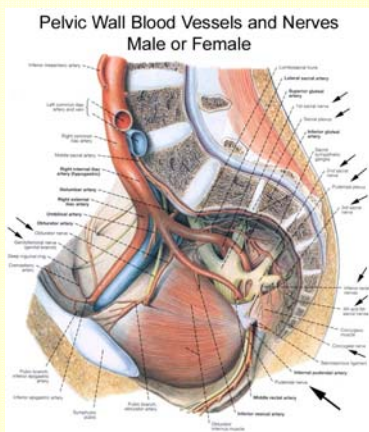
Voluntariamente procurou então um neurologista que solicitou uma eletroneuromiografia peniana, com resultados normais. Este profissional sugeriu que essa dor poderia ser *algo gravado em seu cérebro* e prescreveu uma medicação antidepressiva, sem resposta. Ao longo de seu sofrimento passou a perceber alteração na sensibilidade de seu pênis, dormência na região do períneo e impotência sexual completa. Apaixonado pelo seu ofício, curiosamente percebeu nos últimos meses um alívio considerável dos sintomas durante os momentos de folga e piora ao retornar.



Procurou novamente um serviço de Urologia onde foi solicitado um exame de sedimento urinário normal. Referenciado a Proctologia que solicitou parasitológico de fezes e ultrassonografia, ambos normais. Deste foi encaminhado para um cirurgião vascular o qual o aconselhou a procurar um ortopedista, esse por sua vez solicitou uma radiografia simples de bacia; como esse exame foi igualmente normal, recebeu orientação para fazer fisioterapia, a qual não promoveu nenhum alívio. Adicionalmente a piora dos sintomas dolorosos notou, desde há nove meses, queda da libido e falta das ereções matinais. Nesse período apresentou pela primeira vez uma disfunção erétil e a partir deste episódio não conseguiu mais ter ereções completas, nem observou mais ereções espontâneas. Alarmado procurou socorro em uma clínica de Andrologia. Novamente sendo submetido a uma onerosa investigação infrutífera. Recebeu uma receita de vitaminas *afrodisíacas* e que procurasse ajuda na psicologia devido a suposta natureza psíquica de seus sintomas. Constrangimento foi a única resposta a essa terapia. Seguindo em sua *via crucis* retornou a Urologia que após reavaliação laboratorial, novamente negativa, o referenciou a Ortopedia para investigação; pois *uma hérnia discal podia justificar o seu quadro*. Nesta ocasião foi solicitada uma RNM da coluna lombar sacra, a qual não apresentou quaisquer alterações e lhe foi sugerido novamente um serviço de *Uropsicologia*.



Discussão: O nervo pudendo está sujeito à compressão nas pessoas que permanecem a maior parte do tempo sentadas. A guisa de exemplo citamos programadores e jovens ciclistas como pessoas particularmente expostas. Dentre estes extremos são de fácil identificação diversas outras atividades com risco similar. Cerca de dois terços das pessoas acometidas são mulheres. Isto se deve basicamente às características anatômicas da pelve feminina e ao fato de serem as pioneiras no trabalho sedentário. O diagnóstico é baseado em exame clínico criterioso e as vezes estudos complementares; estes mais no sentido de excluir outras causas que de confirmação diagnóstica. Quanto ao tratamento, os melhores resultados são obtidos quando o diagnóstico e a terapia são instituídos precocemente. Recursos de ergonomia devem ser instituídos e cirurgia especializada para os casos refratários. Essa possibilidade diagnóstica deveria ser sempre considerada, haja vista o crescente padrão de vida sedentário que a sociedade contemporânea vem assumindo. Sofredores desta síndrome deveriam ser poupados de pelo menos dois insultos: o primeiro deles seria de natureza econômica, pois a solicitação abusiva de exames complementares tem no empobrecimento do indivíduo um dos principais efeitos colaterais; o segundo de ordem psicológica, por sugerir *histeria* como hipótese diagnóstica. E nós sabemos como são penalizadas as pessoas que ostentam este diagnóstico em nossa sociedade.



Relato de caso: ASS, 27 anos, programador, hígido, refere um quadro de dor de forte intensidade em ambos os testículos de início insidioso há 3 anos, não apresentava nenhum outro sintoma associado. Procurou atendimento com um urologista sendo diagnosticada uma *epididimite*; entretanto, como o tratamento foi ineficaz, a orientação em seu retorno foi... *agüenta, pois esse tipo de dor dura meses*. Todavia, com o passar dos meses não houve melhora, ao contrário, ela se acentuava e se difundia para outras áreas, particularmente virilha. Caracteristicamente piorava ao sentar, aliviando com deambulação.

1. www.tipna.org

2. Robert R, Prat-pradat D, Labat JJ, et al: Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudendal nerve. Surg-Radiol Anat 998:20:93-98.

3. Benson JT, Griffiths K. Pudendal neuralgia, a severe pain syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(5):1663-8.

4. Weiss BD. Clinical syndromes associated with bicycle seats. Clin Sports Medicine 1994;13: 175-186.

5. Antolak S, Hough D, Pawlina W, Spinner R. Anatomical basis of chronic pelvic pain syndrome: the ischial spine and pudendal nerve entrapment. Medical Hypotheses. 2002;59:349.

6. Byrne PJ, Quill R, Keeling PWN. Pudendal nerve neuropathies are extremely common in chronic constipation and faecal incontinence. Gastroenterology 1998; 114 Suppl. S.